Nr 1. Kraków, 6. stycznia 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i Księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 6. stycznia 1917. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przyczynek do leczenia ran postrzałowych naczyń i tętniaków urazowych

podał

Ludwik Rydygier.

Rozprawką niniejszą nie zamyślam objąć całkowitego leczenia obrażeń naczyń krwionośnych. Chcę jednak, pouczony doświadczeniem, naprzód jako chirurg konsultujący 1, 3, 6, 9. szpitala rezerwowego w Wiedniu, a później jako naczelny chirurg szpitala wojennego w Bernie, poruszyć kilka nierozstrzygniętych zagadnień, by przyczynić się do ich rozwiązania.

Miałem sposobność leczenia wogóle 27 obrażeń naczyń krwionośnych jużto w postaci tętniaków, jużto krwiaków tętniących (mianowicie 4 razy art. subclavia, 2 razy art. brachialis, 2 razy art. glutaea superior, 13 razy art. femoralis, 5 razy art. poplitea, 1 raz art. tibialis postica).

Każdy z nas zgodzi się z Lexerem[1]), że zabieg leczniczy, przywracający w całości krążenie, jakim jest szew i przeszczepianie, ma pierwszeństwo przed podwiązaniem, ale nie w każdym przypadku. Przedewszystkiem musimy mieć wskazanie do tej bądź co bądź dłużej trwającej i cięższej operacyi. Po drugie musimy mieć przed sobą stosunki tego rodzaju, że pozwolą nam spodziewać się dobrego wyniku po tym ciężkim zabiegu.

Niebezpieczeństwo obumarcia części obwodowych po podwiązaniu rozmaitych tętnic nie jest jednakowe, jak wykazały badania, poczynione przez Ewalda Wolfa[2]), zachęconego do tego przez Lexera.

Jeżeli tu i ówdzie słyszymy o szwie tętnicy promieniowej albo piszczelowej, to musimy uważać go w tym przypadku albo za ćwiczenie w zakładaniu szwu naczyniowego, albo za »chirurgiczną zabaweczkę«. Albowiem obrażenia naczyń powyższych nie dają wskazania do szwu naczyniowego, gdyż po podwiązaniu nie grozi żadne niebezpieczeństwo.

Jeżeli chodzi o naczynia większej pojemności, to będziemy się naturalnie starali wykonać szew naczyniowy albo nawet przeszczepienie zamiast podwiązania, n. p. w razie obrażenia naczyń takich, jak tętnica biodrowa wspólna albo tętnica udowa poniżej tętnicy głębokiej uda, o których wiemy z doświadczenia, że podwiązanie ich grozi obumarciem części obwodowych. Natomiast w przypadkach, w których z góry wnosić możemy o dobrem krążeniu obocznem na podstawie silnego krwawienia z obwodowego końca naczynia przeciętego, uciekniemy się do podwiązania.

Z drugiej strony także i stan ogólny chorego, jak również i miejscowe warunki nie pozostaną bez wpływu na naszą decyzyę, czy mamy w danym przypadku szyć, czy też podwiązać. Widziałem szew naczyniowy, wykonany u bardzo niedokrwistego rannego, gdzie zabieg operacyjny trwał przeszło godzinę. Chory zginął na stole operacyjnym, a mam wrażenie, że chorego udałoby się może było uratować przez szybkie wykonanie podwójnego podwiązania naczynia.

Jeszcze większy wpływ na nasze postępowanie mają miejscowe stosunki w ranie. W ranie nieczystej, ropnej, skłaniam się bardziej ku podwiązaniu, niż ku szyciu naczynia.

Pouczony doświadczeniem w moich przypadkach, nie zgadzam się z Lexerem, jakoby zeszyte naczynie — tętnica albo żyła — miało być w tej samej mierze odporne na ropne zapalenie swych ścian w środowisku ropnem, co i naczynie podwiązane. Na pierwszy rzut oka mogłoby się nawet zdawać, że w kikutach naczyń podwiązanych zakażenie rozwinie się łatwiej, niż w delikatnej linii szwu dobrze odżywionego naczynia. W rzeczywistości jednak doznałem krwawień następowych w mych przypadkach szwu naczyniowego, szczególnie tam, gdzie te warunki rany nie były korzystne, i to znacznie częściej, niż po podwiązaniu.

Nie chcę naturalnie twierdzić na pewno, że w danym przypadku nie nastąpiłoby krwawienie, choćby podwiązano naczynie, mam jednak wrażenie, że linia szwu delikatniejsza i dłuższa łatwiej ulega uszkodzeniu w środowisku ropnem, aniżeli silnie podwiązany i cofający się w tkanki kikut naczyń.

A teraz drugie, ważne, a dotychczas jeszcze nie rozstrzygnięte pytanie: Kiedy to mamy operować obrażenia naczyń krwionośnych? Ogółem rozróżniamy: 1) świeże obrażenia naczyń, 2) krwiak tętniący, 3) zupełnie wytworzony tętniak. Te trzy stadya obrażeń naczyniowych, różniące się pomiędzy sobą co do czasu, przechodzą często bez wyraźnych granic jedno w drugie, przedewszystkiem zaś krwiak tętniący w tętniak, tak, że ze względu na operacyę możemy mówić o operacyi wczesnej i późnej.

Rozumie się samo przez się, że operujemy natychmiast każde świeże krwawienie naczyniowe, któreśmy jako takie rozpoznali, jużto z powodu obawy krwotoku, jużto dlatego, że w tym okresie stosunki anatomiczne są o wiele jaśniejsze, niż później. Przepojenie tkanek krwią nie jest tak silne, chyba w ranach silnie poszarpanych i zmiażdżonych. Z chwilą jednak, gdy mamy przed sobą krwiak tętniący, wtedy to może nam się nasunąć wątpliwość, czy operować natychmiast, czy też przeczekać. Wielu radzi w tym drugim przypadku przeczekać, aż się nie utworzy dobrze otorbiony tętniak, a to z następujących powodów: 1) W międzyczasie może się lepiej i dokładniej wytworzyć krążenie oboczne. 2) Stosunki anatomiczne podczas operacyi są jaśniejsze, gdyż wytworzył się dobrze otorbiony i ograniczony worek, który możemy bez trudu odpreparować aż do samego miejsca obrażenia w ścianie naczynia.

[1]) Lexer: Die Operation der Gefässverletzungen u. der traumatischen Aneurysmen, zugleich Beitrag zur Freilegung der Subclavia-Aneurysmen. Dt. Zeitschrift f. Chir. 135 Bd., 4—5 Heft.

[2]) Ewald Wolff: Die Häufigkeit der Extremitätennekrose nach Unterbindung grosser Gefässtämme. Beitr. zur klin. Chir. 1908 Bd. 58.

Na podstawie doświadczenia w moich 27 przypadkach radziłbym stanowczo operować o ile możności natychmiast w przypadkach krwiaka tętniącego.

Zdarzyło mi się, że chory z uszkodzoną tętnicą podobojczykową, u którego chcieliśmy doczekać się zmniejszenia, lepszego odgraniczenia się guza i pewnego wytworzenia się krążenia obocznego, zginął nagle w nocy bez operacyi.

Przy postępowaniu wyczekującem widziałem dwa krwotoki, z którychby chorzy byli zginęli, gdyby krwotoku przypadkiem nie zauważono i gdyby się lekarz nie znalazł pod ręką. Widziałem wprawdzie, że krwiaki zmniejszały się po pewnym czasie, ale też i często znowu się powiększały z powodu krwawień następowych i przedstawiały wtenczas o wiele niedogodniejsze stosunki przy operacyi.

Przy postępowaniu wyczekującem widziałem też nieraz i zropienia krwiaków. Jeżeli do tego dodamy, że powiększanie się, jakoteż sama obecność krwiaków sprawiają silne bole nerwowe i uszkodzenia w nerwach, to mamy dość powodów do tego, by postawić zasadę: każdy tętniący krwiak musi być o ile możności jak najwcześniej operowany. Operacyi krwiaka tętniącego nie należy uważać za operacyę naglącą, podyktowaną krwawieniem następowem, powiększaniem się krwiaka, rozszerzaniem się jego między mięśniami, stanem zapalnym tegoż, zropieniem, lub zmianami w nerwach i nerwobolami. Operacya ta musi być dla nas w przypadkach krwiaka tętniącego sposobem postępowania z wyboru.

Na zakończenie chciałbym podać kilka uwag w sprawie techniki szwu naczyniowego.

Operowaliśmy w ogólności sposobem Carrela. Nie zakładam chętnie opaski Esmarcha, w każdym razie unikam jej o ile możności. Dwoma krótkiemi cięciami odsłaniam naczynie, powyżej i poniżej miejsca obrażenia naczyniowego, krwiaka tętniącego lub tętniaka, i zakładam w tych miejscach pętle bezpieczeństwa. Te podwiązki bezpieczeństwa umożliwiają w razie krwotoku zaciśnięcie naczynia w kierunku dośrodkowym i obwodowym. Z chwilą popuszczenia podwiązek widać dokładnie miejsce krwawiące w ścianie naczynia. Oprócz tego unikamy przez to niebezpieczeństwa zakrzepu w naczyniach obocznych, który łatwo przy użyciu opaski Esmarcha mógłby powstać skutkiem długotrwałego zabiegu operacyjnego i osłabionej przezeń działalności serca, co naturalnie sprowadziłoby za sobą przeszkodę w odżywianiu części obwodowych.

Ostrożnie odsłaniać miejsce obrażenia, częścią ostro, częścią tępo! Po otwarciu worka usuwamy skrzepy krwi, i podsuwamy palec wskazujący lewej ręki popod szparkę czy dziurę w naczyniu. Tym sposobem opanowujemy najlepiej krwawienie w chwili zakładania szwu naczyniowego.

Przy szwie okrężnym muszą być oba końce naczynia przed zeszyciem na płasko uciśnięte i zaciśnięte. Używamy do tego zaciskadeł (kompresoryów) na kształt zaciskadeł jelitowych, tylko naturalnie o mniejszych rozmiarach. Są niemi naczyniowe zaciskadła Höpfnera, Sticha, Jegera. Ja poleciłbym zaciskadło, podobne do zaciskadła jelitowego Wehra, dodając trzon, podobny do trzonu igły Dechampsa, a to celem łatwiejszego podsunięcia go pod naczynie i kierowania podczas zakładania szwu.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

Uwagi nad etyologią, patogenezą i rozpoznawaniem wrzodu dwunastnicy

podał

Antoni Gluziński

(na podstawie wykładu, wygłoszonego na III Zjeździe internistów polskich we Lwowie w d. 20 lipca 1914 r.).

Wiadomo nam wszystkim, że sprawa wrzodu dwunastnicy zyskała w ostatnich latach na znaczeniu, a wprowadziła ją na porządek dzienny chirurgia, zwłaszcza chirurdzy amerykańscy i angielscy. Bogatą literaturę tego przedmiotu podaje Nowaczyński w pracy swej, obejmującej monograficzne przedstawienie tej sprawy, a ogłoszonej w Tomie III. zesz. II. »Rocznika lekarskiego«. Dobrze, że praca ta się ukazała w naszem piśmiennictwie, bo nasze spostrzeżenia i nasz przyczynek naukowy w tym kierunku jest bardzo mały. Kilka spostrzeżeń klinicznych Dehnela, Dobruckiego i t. d., referatowe przedstawienie Dziembowskiego, a wreszcie kilka spostrzeżeń klinicznych Nowaczyńskiego, właśnie we wspomnianej pracy monograficznej zawartych — to cały samodzielny nasz przyczynek.

Na III Zjeździe internistów polskich, odbytym w lipcu 1914 we Lwowie tuż przed wojną, sprawa wrzodu dwunastnicy była postawiona na porządku dziennym, — a odczyt mój, wygłoszony wtedy, oparty nietylko na klinicznych spostrzeżeniach, ale i na naszych własnych badaniach anatomicznych, nie mógł być ogłoszony drukiem, nie znalazł też uwzględnienia w pracy Nowaczyńskiego. To wszystko skłania mnie, by opuszczając pewne ustępy, opuszczając liczniejsze przytoczenia literatury, podać niektóre uwagi i spostrzeżenia, jakie wtedy wygłosiłem, a monografia Nowaczyńskiego zwalnia mnie od systematycznego przedstawienia przedmiotu.

Ważność całej sprawy polega, jak wiemy, na następujących punktach:

a) że wrzód dwunastnicy ma być względnie częstem cierpieniem, częstszem nawet niż wrzód żołądka;

b) że na rozpoznanie tego cierpienia nie kładliśmy dotąd wagi i nie umieliśmy go rozpoznawać, to też wiele przypadków, uznawanych za histeryę, neurastenię, rozmaite dyspepsye nerwowe, czuciowe i wydzielnicze, ba nawet rozpoznawane jako anatomiczne zmiany, jak kamica żółciowa, zapalenie pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego i t. d., nie jest niczem innem, jak wrzodem dwunastnicy;

c) że błędy dyagnostyczne mszczą się bardzo na chorych, bo ci histerycy, neurastenicy, dyspeptycy, giną nieraz wskutek przebicia wrzodu, krwotoku i t. d.;

d) że dziać się to zaś nie powinno, bo cechy kliniczne są tak charakterystyczne, iż znając je, już z samych wywiadów powinniśmy rozpoznać wrzód dwunastnicy.

Odwołując się do pracy Nowaczyńskiego, poruszę tylko kilka punktów.

I.

Co do częstości wrzodu dwunastnicy i stosunku liczbowego do wrzodu żołądka mamy dotychczas materyał kliniczny i sekcyjny. Kliniczny amerykański i europejski różnią się zasadniczo. Dość przytoczyć, że Friedenwald (Ameryka) na 12598 chorych rozpoznawał 1000 wrzodów żołądka i dwunastnicy, czyli 7·8% wszystkich chorych, a z tego 60% wrzodów dwunastnicy, a 40% wrzodu żołądka. Ewald znów (w Berlinie), nie podając na jaką liczbę chorych, rozpoznał 127 wrzodów żołądka, a tylko 12 wrzodów dwu-

nastnicy, Schütz zaś (Wiedeń) miał w dwóch latach rozpoznać 137 razy wrzód dwunastnicy, a 274 razy wrzód żołądka. Gdybyśmy uwzględnili cyfry amerykańskie, n. p. Friedenwalda, gdybyśmy opierali się na cyfrach dokonanych operacyi n. p. przez Moynihana (w 8 latach 389 przypadków), gdybyśmy uwzględnili spostrzeżenia kliniczne Schützа, który w 2 latach miał stwierdzić aż 137 przypadków wrzodu dwunastnicy — nawiasem mówiąc, w 17 tylko przypadkach stwierdzonych w czasie operacyi — to musielibyśmy powiedzieć, że wrzód dwunastnicy jest bardzo częstem cierpieniem. Cyfrom Moynihana zaprzeczyć nie możemy, boć są stwierdzone operacyą, nie mogą one jednak zaważyć zasadniczo na statystyce, ponieważ to materyał zjazdowy ze wszystkich stron Ameryki. Inni chirurdzy, rozporządzający ogólnym szerokim materyałem, ani przybliżoną cyfrą do cyfr Moynihana poszczycić się nie mogą; dość wspomnieć, że Bier w Berlinie do r. 1913 operował tylko 7 przypadków. Rozpoznania internistów, dochodzące do tego, jak Friedenwald, że 7·8% wszystkich chorych ma cierpieć na wrzody żołądka lub dwunastnicy z przewagą tych drugich, lub cyfry Schütza, wyżej podane, czy są słuszne — zobaczymy niżej. Popatrzmy obecnie, co nas poucza materyał sekcyjny.

Perry i Shewne na 17.652 sekcye wykazał 0·4% wrzodów dwunastnicy, Kruk na 12.020 sekcyi 0·44%, Rosenbach (Hamburg) na 14.479 sekcyi 0·393%, Dietrich (Hamburg) na 8.534 sekcyi 0·4%. Chcąc mieć materyał własny, z pozwoleniem kol. Dmochowskiego przejrzałem materyał sekcyjny naszego Zakładu anatomopatologicznego od r. 1896 do 1913, obejmujący 16432 sekcyi, a w tych znalazłem wrzodów lub blizn po wrzodach dwunastnicy 88 czyli 0·53%, a więc zgodnie ze wszystkiemi dotychczas ogłoszonemi statystykami sekcyjnemi.

Gdybyśmy stali na stanowisku, że każdy wrzód na stole sekcyjnym musi zostawić albo bliznę, gdy się wygoi, lub zostać toczącym się wrzodem, toby cyfr. podanych przez Friedenwalda lub Schütza, wprost zrozumieć nie można: gdy sekcye pouczają, że na 200 zmarłych wypada 1 wrzód dwunastnicy, to Friedenwald rozpoznawał go u 15 na 200, a Schütz w swem ambulatoryum i praktyce prywatnej musiałby przez dwa lata zbadać 27.400 chorych, by odpowiednio do 0·5% znaleść 137 przypadków wrzodów dwunastnicy. Musi tu być pewne nieporozumienie, najprawdopodobniej dyagnostyczne, z któregoby wynikało, że mimo pewnych statystyk operacyjnych, lub obejmujących przypadki, stwierdzone zupełnie pewnie, wrzód dwunastnicy nie jest znów cierpieniem tak częstem. Muszę podnieść, że statystyki kliniczne, zwłaszcza internistyczne, nie mogą w tym wypadku zgadzać się w zupełności ze statystyką sekcyjną. Podniosłem to już w pracy mojej, omawiającej stosunek nadżerek (erosio) do wrzodu żołądka, a wykazującej na materyale sekcyjnym, że nadżerki te, mogące dawać kliniczne wszelkie objawy wrzodu, mogą ulegać wygojeniu, nie pozostawiając blizn po sobie, że zatem klinicznych przypadków będzie więcej, niż sekcyjnych[1]). Ten szczegół odnosi się również do wrzodu dwunastnicy, szczegół, pozwalający zrozumieć jeszcze cyfry Schütza, nigdy jednak Friedenwalda.

Co do stosunku liczbowego wrzodu dwunastnicy do wrzodu żołądka — to w rażącej sprzeczności stoją statystyki operacyjne amerykańskie do statystyk sekcyjnych i operacyjnych w Europie. Gdy Moynihan wspomina, że w przypadkach, przez niego operowanych, stosunek wrzodu dwunastnicy do wrzodu żołądka wynosi 5:1, to w statystykach operacyjnych w Europie zawsze przeważa, i to znacznie, wrzód żołądka, a w sekcyjnych rażąco to się zaznacza, gdyż przeważnie widzimy stosunek 4 wrzodów żołądka do 1 wrzodu dwunastnicy.

W materyale moim sekcyjnym wypada na wspomnianych 16432 sekcyi 198 wrzodów żołądka, a 88 wrzodów dwunastnicy, czyli stosunek jak 2·25:1.

Jak te różnice między amerykańskim a europejskim materyałem zrozumieć? Jak zrozumieć ten szczegół, że w statystykach operacyjnych, nawet europejskich, jest mniejsza różnica, w każdym razie zawsze z przewagą wrzodów żołądka, niż w statystykach sekcyjnych?

Z góry zaznaczam, że gdy w całej Europie przeważa wrzód żołądka, trudno zrozumieć, by amerykańskie żołądki stały w innym stosunku do dwunastnicy, niż europejskie, zwłaszcza, że znaczna część żołądków amerykańskich jest przecież pochodzenia europejskiego. Raczej przychodzi mi na myśl, że chirurdzy amerykańscy, a częściowo i europejscy, w ostatnich czasach zaliczają do wrzodów dwunastnicy dużo z wrzodów tych, które inni chirurdzy europejscy, a zwłaszcza anatomo-patologowie, zaliczają do wrzodów części odźwiernikowej żołądka. Anatomo-patolog ma w ocenieniu siedziby wrzodu łatwe zadanie, chirurg w czasie operacyi widać trudne, zwłaszcza, że dużo wrzodów leży blizko spornego terytoryum. Jak wiemy, wskazówką dla chirurga w czasie operacyi ma być żyła, podana przez amerykańskiego chirurga Mayo, a idąca na granicy odźwiernika i dwunastnicy od krzywizny dużej ku górze, tak zwana »żyła odźwiernikowa«.

Wszystko, co leży na lewo od żyły, należy do żołądka, na prawo — do dwunastnicy. Chirurdzy trzymają się tej wskazówki, stwierdzając jej słuszność, a nie brak i potwierdzających prac czysto anatomicznych, w tym specyalnym kierunku podjętych. Dość wspomnieć z ostatnich pracę Latarjeta, który w 35 przypadkach stwierdził anatomicznie stałą obecność tej żyły, lub pracę Schütza z pracowni Tandlera w Wiedniu, wspominającego, że »an acht auf diese Weise (przez nastrzykanie) untersuchten Magen liess sich tatsächlich nachweisen, dass die genannte Vene stets genau an der Grenze zwischen Magen und Duodenum verläuft«.

Jeżeli tak — to trudno faktom przeczyć i choć trudno zrozumieć, trzebaby przyjąć, że w Ameryce znacznie częstszy jest wrzód dwunastnicy, niż wrzód żołądka, a w Europie odwrotnie.

Chcąc mieć własne doświadczenie, mogę podać wyniki badań co do tej żyły, jakie przeprowadzono w tym kierunku dzięki uprzejmości prof. Markowskiego, za co mu na tem miejscu serdecznie dziękuję, w Zakładzie anatomii opisowej naszego Uniwersytetu[1]). Z badań tych, nie wchodząc naturalnie w szczegóły, wynika najdokładniej, że przebieg, jak i rozdzielenie tak zwanej »żyły odźwiernikowej« jest niejednostajne. Na 22 nastrzykane żołądki tylko w 9 można było osądzić, że żyła ta przebiega na odźwierniku, w 5 leżała ona już na dwunastnicy, w 1 na części odźwiernikowej żołądka, a w 7 przypadkach było tak różnorakie rozwidlenie, że o zoryentowaniu się, którą gałąź wziąść za żyłę oryentacyjną, mowy być nie mogło. Na 21 zatem przypadki w 9, t. j. 41%, odpowiadało wskazówce Mayo, a w 7, t. j. 32%, wybór zależał od uprzedzenia — zwolennik »wrzodu dwunastnicy« wybierał tę gałąź, która jego zapatrywaniu odpowiadała.

Z wynikami tymi, czysto anatomicznymi, zgadzają się do pewnego stopnia i badania, przeprowadzone dzięki uprzejmości prof. Nowickiego, któremu na tem miejscu szczerą składam podziękę, na sekcyach, przy których naturalnie można było oznaczyć i przebieg żył i sam odźwiernik.

Na 37 przypadków sekcyjnych »żyła odźwiernikowa« leżała na samym odźwierniku 15 razy czyli także 40%,

[1]) Zdanie to wypowiada i Nowaczyński, powołując się na pracę amerykańskiego lekarza Codmanna z r. 1909; — czy nie właściwiej byłoby powołać się na pracę polskiego lekarza z r. 1900, zawartą w Pamiętniku jubileuszowym dla ś. p. Prof. Edwarda Korczyńskiego str. 401—420 p. t. O nadżerkach i owrzodzeniach (erosiones et exulcerationes) i stosunku ich do wrzodu żołądka (ulcus rotundum ventriculi).

[1]) Rzecz tę z rysunkami ogłoszę później.

na prawo od odźwiernika t. j. na dwunastnicy 17 razy, na lewo t. j. na części odźwiernikowej żołądka 5 razy, czyli stosunek ten wypadłby znów z niekorzyścią dla wrzodu dwunastnicy, bo aż w 17 przypadkach, t. j. w 50%, trzebaby wrzód, leżący na lewo od żyły, uważać za »wrzód żołądka«, gdy on leżałby jeszcze w dwunastnicy.

Badania te dowodnie wykazują, że o wzięciu za podstawę »żyły odźwiernikowej Mayo« w ocenie, czy wrzód należy uznać za żołądkowy w części przyodźwiernikowej, czy za leżący już w dwunastnicy, mowy niema, że ocenianie tą drogą na stole operacyjnym jest błędne, chwiejne i stanowi podstawę niezgodności między statystykami sekcyjnemi a chirurgicznemi, między statystykami amerykańskiemi a europejskiemi.

Opierając się tak na materyale sekcyjnym jak i klinicznym twierdzę, że wrzód żołądkowy jest u nas 2—3 razy częstszy, niż wrzód dwunastnicy.

II.

A teraz uwag kilka, jakie nasuwa materyał sekcyjny wrzodów dwunastnicy, jaki miałem sposobność przejrzeć w tutejszym Zakładzie anatomii patologicznej. Co do wieku materyał ten tak się przedstawia:

od 1—10	lat przypadków	5
» 10—20	» »	12
» 20—30	» »	13
» 30—40	» »	18
» 40—50	» »	13
» 50—60	» »	10
» 60—70	» »	11
» 70—80	» »	4
» 80—90	» »	1

Między 20. a 50. rokiem życia byłoby zatem przypadków najwięcej, co zgadzałoby się z innemi statystykami, żaden wiek jednak nie jest wolny od wrzodu dwunastnicy; widzieliśmy go u 8-tygodniowego dziecka i u 90-letniego starca.

Co do płci stwierdziliśmy:

mężczyzn	51 czyli	58%
kobiet	37 »	42%

Niema wątpliwości, że przeważają mężczyźni, podobnie jak w przeważnej liczbie statystyk, jakkolwiek nie z tak rażącą różnicą, jak n. p. w operacyjnej statystyce Moynihana 80·9% mężczyzn, a 19·1% kobiet, lub sekcyjnej Rosenbacha (Hamburg) 75% mężczyzn, a 25% kobiet; nasz wynik zbliża się do statystyki sekcyjnej Grubera (Monachium), 62% mężczyzn a 38% kobiet. Przewaga ta mężczyzn nie odnosi się jednak specyalnie do wrzodu dwunastnicy. Tensam stosunek wykazałem dla wrzodu żołądka w pracy mojej[1]), opartej tak na materyale klinicznym, jak i na materyale sekcyjnym Zakładu anatomii patologicznej w Krakowie, w którym na 11.298 sekcyi stwierdziłem wrzód żołądka toczący się lub blizny po wrzodzie u 39 (41%) kobiet i 56 (59%) mężczyzn. Uwagi, jakie wtedy uczyniłem co do wrzodu żołądka, odnieść można w całej pełni do wrzodu dwunastnicy, a nie chcąc się powtarzać, do tej mojej pracy muszę się odwołać[2]), nadmieniając, że nie zawadziłoby, aby w monografii Nowaczyńskiego obok tłómaczeń tego faktu przez Mayo i innych i polskiego autora tłómaczenie było podane.

Jak w innych statystykach, tak i u nas lwia część, bo 93·33%, to wrzody, usadowione w górnej części dwunastnicy na ½—1½ cm od odźwiernika, gdy w części pośredniej tylko 2 razy, a w dolnej części tylko 1 raz stwierdziłem wrzód.

Przyczyną śmierci w 51% były inne zmiany w ustroju, a nie wrzód, a mianowicie:

Gruźlica przewlekła i ostra	17%
Zaburzenia w krążeniu (wady zastawkowe, sprawy miażdżycowe, zapalenia przewlekłe nerek i t. d.)	12·3%
Sprawy zakaźne	23·6%

W 43 przypadkach czyli 49% był wrzód dwunastnicy bezpośrednią przyczyną śmierci, a mianowicie:

Z powodu operacyi	przypadków	5 (5·5%)
» » wycieńczenia	»	4 (4·5%)
» » krwotoku	»	10 (11·3%)
» » przebicia i zapalenia otrzewnej	»	15 (17%)
» » przebicia i krwotoku	»	2 (2·29%)
» » zapalenia otrzewnej bez przebicia	»	3 (3·29%)
» » przejścia wrzodu w raka	»	4 (4·5%)

Czy wrzód dwunastnicy jest zatem niebezpieczniejszy, niż wrzód żołądka? I na to zgodzić się nie można. Ze statystyki mojej co do wrzodu żołądka[3]) wypada bowiem, że na 95 przypadków stwierdzonych sekcyjnie wrzodów żołądka, 29 czyli 30·5% zmarło z innych przyczyn (przy wrzodzie dwunastnicy 51%), a z samego wrzodu żołądka 76 t. j. 61% (wrzód dwunastnicy 49%), a mianowicie:

Z powodu operacyi	8·4%
» » wyniszczenia	6·3%
» » krwotoku	18%
» » przebicia i zapalenia otrzewnej	28·4%
» » przejścia wrzodu w raka	8·4%

Ani zatem krwotok śmiertelny, ani przebicie nie są częstsze przy wrzodzie dwunastnicy, niż przy wrzodzie żołądka, owszem odwrotnie.

Zmiany następowe w trzustce stwierdziłem w 13·6%, t. j. w 11 przypadkach, mianowicie:

pancreatitis apostematosa	1
» chr. interstitialis	9
przejście raka z dwunastnicy na trzustkę	1

Względnie częste były zrosty dwunastnicy z pęcherzykiem żółciowym, rzadko jednak mamy zaatakowanie dróg żółciowych przez wrzód, co jest naturalne wobec usadowienia się wrzodu przeważnie w górnej części dwunastnicy. Zmiany w drogach żółciowych stwierdziliśmy zaledwie w 3·4%, a mianowicie:

arrosio ductus choledochi	1
stenosis » »	1
perforatio duct. choledochi et duct. cystici	1

Krukiem białym był przypadek z kliniki mojej, w którym u chorej gorączkującej z typem gorączki przerywanej (intermittens) stwierdziliśmy w brzuchu guz bolesny, wielkości główki noworodka, elastyczny, kształtem i położeniem odpowiadający znacznie powiększonemu pęcherzykowi żółciowemu. Chora na 2 tygodnie przed przybyciem do kliniki rozchorowała się nagle wśród gwałtownych bólów, wymiotów i objawów podrażnienia otrzewnej. Podaniu chorej, że w jednych wymiocinach zauważyła krew, nie przypisywaliśmy większej wagi wobec wybitnych cech guza i gorączki z torem przerywanym i rozpoznaliśmy: »Cholecy-

---

[1]) A. Gluziński. O leczeniu wrzodu żołądka. Odczytów klinicznych Nr 140. Warszawa 1900 i Wien. klin. Wochenschr. 1900.

[2]) l. c. str. 6 i 7.

[3]) l. c. str. 3 i 4. Ze statystyki tej wypadałoby także, że przejście wrzodu w raka dwa razy częściej się zdarza przy wrzodzie żołądka.

stitis acuta verisimiliter purulenta« na tle kamicy żółciowej. Chorą oddaliśmy do operacyi, przy której pokazało się, że ten znaczny guz odpowiadał rzeczywiście powiększonemu pęcherzykowi żółciowemu, wypełnionemu jednak nie ropą, ale płynną i skrzepłą krwią, pochodzącą z przebijającego wrzodu dwunastnicy.

Przed laty zestawiłem sobie materyał sekcyjny wrzodów żołądka, pochodzący z 10 lat Instytutu anatomopatologicznego prof. Browicza w Krakowie, dzisiaj leży przedemną materyał tak wrzodów żołądka, jak i dwunastnicy Instytutu lwowskiego, a rozglądając się w nim i wtedy i dzisiaj próbowałem wyczytać z tych protokołów dane, mogące nam ułatwić pojęcie warunków, wśród jakich nieraz wrzody się wytwarzają, ułatwiające pojęcie patogenezy tego cierpienia. Wyniki i zapatrywania moje co do patogenezy wrzodu żołądka podałem już w przytoczonej pracy mojej »O nadżerkach i owrzodzeniach powierzchownych żołądka« i t. d.[1]), do której odwołać się muszę, jakkolwiek w dość obszernym rozdziale o patogenezie wrzodu w monografii Nowaczyńskiego zapatrywania te uwzględnione nie zostały. Co do wrzodu dwunastnicy, to powtórzyć muszę zdanie, wypowiedziane i przy wrzodzie żołądka, że nie wszystko nam zwłoki powiedzą — ale pewne wskazówki bezsprzecznie dadzą.

Ciekawą jest rzeczą n. p., wśród jakich warunków między 1—10. rokiem życia znaleziono wrzód dwunastnicy, a było tych przypadków 5; z nich w 2 (u dziecka 8-tygodniowego i 1½-rocznego) typowy wrzód dwunastnicy wśród wyniszczenia przez przewlekły nieżyt żołądka i jelit, w 2 (8 i 9 lat) przy długotrwałych ropieniach (osteomyelitis femoris dextri i vulnus cessum cruris dextri subseq. phlegmone et sepsi univ.), a 1 przy gruźliczem zapaleniu opon. Odbicie tych stosunków widzimy i w pewnej liczbie wrzodów wiekupóźniejszego. Stanowi wyniszczenia u dzieci odpowiada wyniszczenie n. p. wskutek:

Gruźlicy przewlekłej	15 przypadków
Nowotworów złośliwych	2 przypadki
Kiły późnej	1 przypadek

czyli w 23%.

Drugą grupę stanowią sprawy ropne (phlegmone, osteomyelitis i t. d.) tak, jak u dzieci, — a przypadków takich 13, czyli 15·1%.

Trzecią grupę u dorosłych stanowią zaburzenia krążenia (vitia valvularum, processus atheromatosus, nephritis chronica i t. d.), obejmujące 15 przypadków czyli 17·4%. Odpowiadałoby to stosunkom, jakie stwierdzamy i przy wrzodzie żołądka, ale podobnie, jak i tam, pozostaje jednak grupa czwarta, w której żadnej z tych przyczyn wykazać nie można, — wrzód jest niejako samoistny.

Grupa ta jest najliczniejsza, bo wynosząca 38 przypadków czyli 44·2%, w których patogenezę i etyologię już nie stół sekcyjny sam, lecz obserwacya kliniczna i droga doświadczalna może wyjaśnić. Sprawę tę niżej poruszę. Ujemnie dodam, że ani jednego przypadku nie było w związku z oparzeniem, a wspomnieć mogę, że i Rosenbach na materyale hamburskim mimo 130 śmiertelnych przypadków oparzeń ani jednego wrzodu dwunastnicy na tem tle nie wykazał. Przypadki nasze nie wykazują także związku między wrzodem dwunastnicy a schorzeniem wyrostka robaczkowego, jak to chcą niektórzy chirurdzy angielscy i amerykańscy, jak Scherren, Hempelmann, a zwłaszcza Moynihan, który radził wskutek tego, by w każdym przypadku operacyi z powodu wrzodu dwunastnicy dokonywać również apendektomii — z niemieckich zaś Klotz i Küttner. W naszych przypadkach na 88 tylko w 3 przypadkach znaleźliśmy zmiany w wyrostku robaczkowym. Jestto zatem czysty chyba przypadek, że n. p. Klotz na 6 operowanych przypadków 6 razy stwierdził przewlekłe cierpienie wyrostka. Że pośredni stosunek może być między cierpieniem wyrostka a wrzodem dwunastnicy lub żołądka, wykaże uwaga poniżej podana. Nie mogę również wstrzymać się od uwagi, opartej na klinicznem spostrzeżeniu, że widziałem przypadki, które dla długotrwałych objawów, fałszywie uznanych jako pochodzące od wyrostka robaczkowego, były bez skutku operowane (appendectomia), przyczem stwierdzano małe zmiany (zrosty), a w których dopiero systematyczne leczenie przeciw wrzodowi dało wynik dodatni. Czyż te małe zmiany można w stosunek przyczynowy wprowadzić z wrzodem?

Materyał nasz nie potwierdza również w całości tłómaczenia Dietricha (statystyka sekcyjna z Hamburga), że wiele wrzodów dwunastnicy ma »postoperative Aitiologie«, t. j. że przy operacyach w jamie brzusznej przez podwiązanie sieci, naczyń w krezce, powstają skrzepy, nieraz zakaźne, które wstecznie (»retrograd«) zatykają naczynia jelit, a więc i dwunastnicy, dając powód do powstawania wrzodów.

Niema wątpliwości, że między naszymi przypadkami jest kilka tego pochodzenia i w tem zrozumieniu i sprawy, wychodzące z wyrostka robaczkowego, w etyologii wrzodu dwunastnicy mogą grać pewną rolę. W przeważnej jednak liczbie przypadków, w których dokonywano operacyi na jamie brzusznej (a jest ich kilkanaście) nie dla wrzodu, lecz z powodu n. p. uwięźnięcia przepuklin pępkowych, pachwinowych, niedrożności jelit, raka kiszki stolcowej, raka macicy, cięcia cesarskie i t. d., a w których na stole sekcyjnym stwierdzono także wrzód dwunastnicy, to był on najczęściej dawnym wrzodem (ulcus chronicum), związek zaś jego z niedawno dokonaną operacyą był wykluczony. Był tu tylko przypadkowy zbieg okoliczności.

Na zakończenie tych uwag anatomicznych jeszcze jedno pytanie. Ile też na te 88 przypadków sekcyjnych, obejmujących okres czasu od r. 1896—1913 i materyał ze wszystkich oddziałów szpitalnych i klinicznych, było należycie rozpoznanych za życia?

Ściśle tylko jeden raz u dziecka 1½-miesięcznego rozpoznano za życia wrzód dwunastnicy, 10 razy zaś rozpoznano wrzód żołądka, gdzie był wrzód dwunastnicy mimo, że w 4 z tych przypadków robiono laparotomię, a 7 razy rozpoznano raka żołądka (z których u 3 laparotomia), w reszcie zaś przypadków, t. j. w 67 przypadkach ani o żołądku, ani o dwunastnicy w rozpoznaniu mowy nie było, a wiele przypadków przyszło na stół sekcyjny z rozpoznaniem: ileus, appendicitis perforativa c. peritonitide lub moribundus.

Statystyka ta wykazuje, że rzeczywiście jest koniecznością zwrócenie bliższej uwagi na rozpoznanie wrzodu dwunastnicy, że nie zgadzając się ze wszystkiem z chirurgami amerykańskimi, przyznać im trzeba znaczną zasługę, że zmusili nas do zajęcia się tą sprawą — a przyznanie się do błędów dyagnostycznych nie przynosi ujmy — bo nielepszą jest w tym względzie statystyka sekcyjna Rosenbacha ze szpitala hamburskiego, który miał odwagę także podać, że w okresie 1907—1910 na 56 przypadków wrzodów dwunastnicy, stwierdzonych sekcyą, rozpoznano wrzód dwunastnicy za życia tylko jeden raz.

III.

Przechodzimy obecnie do rozpoznania, które, jak wiemy, ma się opierać na 6 punktach, t. j.:

1. na charakterystycznych wywiadach,
2. ujemnym prawie wyniku przedmiotowego badania,
3. krwawieniach, zwłaszcza ukrytych (haemorrhagia occulta),
4. obrazie rentgenologicznym,
5. w późniejszych okresach objawach zwężenia,
6. zachowaniu się treści żołądkowej.

Wydana monografia Nowaczyńskiego zwalnia mię od szczegółowego omawiania wszystkich tych punktów. Nie

[1]) l. c.

mogę się jednak wstrzymać od podania kilku uwag w tym kierunku.

Jako cechy charakterystyczne dla wrzodu dwunastnicy, podniesione przez amerykańskich chirurgów, a zwłaszcza Moynihana, a zawarte już w wywiadach, na które Moynihan kładzie taki nacisk, trzeba wymienić:

a) że cierpienie ma trwać od wczesnych lat (»das ganze Leben lang« [Moynihan]);

b) że cierpienie rozpoczyna się od uczucia gniecenia, pieczenia w żołądku, a potem zjawia się ból zwykle w 2—4 godzin po jedzeniu;

b) że w cierpieniu jest pewna peryodyczność w natężeniu objawów chorobowych, t. j. poprawa i pogorszenie często w związku z przeziębieniem, a stąd pogorszenie najczęściej w porze zimowej;

d) że zjawia się t. zw. ból głodowy, często występujący w nocy, uspokajający się po zjedzeniu czegoś, w 2—4 godziny po zjedzeniu znowu się pojawiający;

e) że cierpieniu temu przeważnie ulegać mają mężczyźni;

f) że wymioty najczęściej nie występują, a zjawiają się dopiero wtedy, gdy już powstanie zwężenie dwunastnicy, a stąd zaleganie pokarmów w żołądku.

Niema wątpliwości, że gdy ktokolwiek z takimi wywiadami się zgłosi — między innemi zboczeniami najczęściej o wrzodzie myśleć będziemy, ale, o ile mnie uczy doświadczenie kliniczne, bez względu na to, czy to ma być wrzód dwunastnicy, czy żołądka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dwa dalsze przypadki krwawienia z sutków.

(Spostrzeżenia z praktyki)

Podał

M. W. Herman (ze Lwowa).

Przed kilkoma laty opisałem w lwowskim »Tygodniku lekarskim« (Nr. 2 z r. 1910) »Dwa spostrzeżenia krwawienia z sutków u kobiet«. Dwa dalsze widziałem dopiero w ostatnim roku. Ponieważ jeden z tych przypadków stawia ten bardzo rzadki objaw w odmiennem świetle, aniżeli dwa dawniej opisane, postanowiłem opisać go dokładniej. W pewnej mierze czuję się nawet zobowiązany do ogłoszenia tego, głównie ze względów praktycznych pouczającego spostrzeżenia, chciałbym bowiem zobojętnić ewentualne wrażenie, jakie na przygodnego czytelnika wywrzeć mogła owa notatka z r. 1910.

Dwa tam opisane przypadki dowodzą, że przecież, wbrew tezie Delbeta, niekiedy krwawienie z sutka nie jest objawem sprawy nowotworowej złośliwej, w sutku się toczącej. W obu bowiem przypadkach mogłem sprawę tę wyłączyć, a dla wytłumaczenia krwawienia przyjąłem teoryę o miejscowem, przedwczesnem stwardnieniu tętnic.

Wobec tego jednak, że na ogół krwawienie z sutka jest objawem bardzo rzadkim i że najczęściej jest ono objawem rozwijającego się raka, przypadki takie, jak dwa dawniej opisane, stają się wyjątkami niemal bez praktycznej wartości. Dla dobra chorych przeto spopularyzować należy myśl Delbeta, że: krwawienie z sutka jest prawie zawsze objawem nowotworu złośliwego, mającego się dopiero rozwinąć, rozwijającego się, lub już rozwiniętego.

W najbardziej rozpowszechnionej u nas literaturze podręcznikowej, niemieckiej, o krwawieniu z sutka prawie się nie mówi. N. p. w »Szczegółowej dyagnostyce chirurgicznej« de Quervaina (1911) niema o tym objawie ani wzmianki, a w dużym »Podręczniku chirurgii praktycznej«, redagowanym przez Brunsa, Garrégo i Küttnera (1913), v. Angerer poprzestaje na takiej notatce: »...Bisweilen entleert sich aus der Brustwarze ein dunkelgelbes, bräunliches Sekret, das aber für die Diagnose des Karzinoms selbst, gar keinen Wert hat, weil sich derartige Sekrete auch bei gutartigen Geschwülsten der Drüse zeigen«. Nie można przeto dziwić się, że lekarz praktyczny, stanąwszy wobec nowego dla siebie objawu i nie znajdując na razie na wytłumaczenie jego ani miejscowych ani ogólnych przyczyn uchwytnych, ucieka się do błąkających się jeszcze w medycynie praktycznej przeżytków o krwawieniu histerycznem, nerwowem, klimakterycznem i t. d., co tylko w sposób szkodliwy uśpić może czujność chorej. Dowodem tego moje pierwsze spostrzeżenie.

Pani X., virgo, obecnie pięćdziesiąt kilka lat licząca, zauważyła przed sześcioma laty poraz pierwszy krew, sączącą się kroplami z brodawki sutka prawego. Zaniepokojona, zwróciła się do lekarza. Ten uspokoił chorą, uznając krwawienie za objaw nerwowy, pozostający w związku najpewniej z rozpoczynającym się właśnie »okresem przekwitania«. To też na sączące się później krople krwi chora niemal uwagi nie zwracała. Zaniepokoiła się znów dopiero w kilka miesięcy później, gdy w nocy krew, lejąca się z sutka, zbroczyła nietylko bieliznę, ale i pościel. Chora bawiła wówczas w Marienbadzie. Wezwani tu lekarze zgodzili się na zdanie pierwszego: uzależnili krwawienie od nerwów. Inteligentna chora, niezadowolona tem tłumaczeniem, zwróciła się o poradę do powag w Monachium. Lecz i tu mówiono jej tylko o nerwach. Zalecone leczenie pozostawało jednak bez wpływu na ten przykry objaw. »Na codzień« krew sączyła się kroplami, »od święta« zdarzały się prawdziwe krwotoki. W ciągu następnych paru lat chora, podróżując wiele, zasięgała porady w wielu miastach uniwersyteckich zachodniej, a nawet i wschodniej Europy, ciągle jednak niemal w tych samych słowach powtarzano jej zdanie o nerwowej przyczynie krwawień, o klimakteryum i t. d. W końcu poczęto pomawiać ją o histeryę. Tem ostatecznie zrażona i wypadkami wojennymi zamknięta we Lwowie, postanowiła zapomnieć o swem niedomaganiu i zaprzestać bezcelowych, jak jej się zdawało, porad lekarskich. Postanowienia tego nie zmieniła nawet wtedy, gdy przez półtora rokiem zaczęło krwawić z sutka lewego. W sutku lewym sprawa chorobowa przebiegała o tyle odmiennie, że cały sutek był bolesny, od czasu do czasu bole stawały się niezwykle przykre, a już w dwa miesiące od pierwszego krwawienia chora zauważyła, że sutek ten znacznie powiększył się, »podniósł się« i ziędrniał. Natomiast sutek prawy, wedle spostrzeżeń chorej, zmieniać począł swą objętość i zbitość dopiero w ostatnich kilku miesiącach, i to w sposób zgoła nie niepokojący. Tylu lekarzy uważało krwotoki z tego sutka za sprawę nerwową, że obecnie chora sama za nerwowe uważała pewne bóle, teraz dopiero w tym sutku pojawiające się, za nerwowe uważała zaczerwienienie skóry i nie przypisywała żadnego znaczenia pakietowi gruczołów pod prawą pachą.

Prawdziwy stan odkrył dopiero przypadkowo lekarz, szczepiący z urzędu ospę. Zdołał nakłonić chorą, by przecież raz jeszcze poradziła się chirurga. Po długich wahaniach chora zwróciła się do mnie.

Okazało się, że niemal cały sutek nacieklý jest przez tkankę rakową. W dolnym zewnętrznym kwadrancie wyszczególniał się guz, wielkości małego jaja kurzego, chełbocący, pokryty ścieńczałą, zaczerwienioną skórą. Cały sutek na podstawie przesuwalny. Pod pachą pakiet gruczołów wielkości pięści męskiej. Nad obojczykiem nie wyczuwa się gruczołów. Sutek lewy w całości tkliwy. Przy obmacywaniu przypomina zbitością i płatową budową sutki położnicy niekarmiącej, w pierwszych dniach laktacyi. Pod naciskiem sączy się z brodawki kroplami krew. W lewej pasze nie wyczuwa się gruczołów. W narządach wewnętrznych (płucach, wątrobie) nie można stwierdzić przerzutów. Serce zdrowe. Mocz bez zmian.

Nie można było łudzić się. Szanse doszczętnego wyleczenia przedstawiały się bardzo niekorzystnie. Mimo to zaproponowałem chorej zabieg doszczętny po stronie prawej i wyłuszczenie sutka lewego. Tylko bowiem t. zw. operacya doszczętna oszczędzić mogła chorej przykrości, związanych z rozpadającym się, cuchnącym »rakiem otwartym« (a chora stała niemal u progu tego okresu, o czem świadczył wymownie wspomniany powyżej chełbocący guz) i tylko przez równoczesne odjęcie sutka lewego stworzyć można było chorej złudę zupełnego zdrowia, tym tylko bowiem sposobem usunąć można było źródło trapiących chorą bolów i niepokojących ją krwawień.

Operacya, na którą chora z łatwością się zgodziła, wykonana została wedle powyższego planu. Leczenie pooperacyjne trwało jednak znacznie dłużej, niż przewidywano, gdyż rozległa i pełna zaułków rana zropiała. To też, zanim nastąpiło ostateczne zabliźnienie, w sąsiedztwie blizny pojawiły się w skórze guzki (carcinoma recid. lenticulare), a pewne objawy ze strony płuc pozwalają i tam domyślać się ognisk rakowych.

Koleż. Dr Helenie Schusterównej zawdzięczam dokładne zbadanie preparatów anatomicznych. Korzystając z udzielonego mi łaskawie bardzo obszernego protokołu badania makroskopowego i mikroskopowego, podaję tu w streszczeniu niektóre szczegóły.

Badanie gołem okiem: Na przekroju sutka prawego widzimy, jak z okolicy brodawki, od powierzchni w głąb, rozrasta się tkanka białawo-szara, jednolitej budowy, zbita, w warstwach głębszych okazująca odcień różowawy i urozmaicona jamkami, wypełnionemi masą szklistą. W warstwach najgłębszych owa tkanka szarawa znika niemal zupełnie, a pojawia się inna, gąbczasta, wybitnie różowo-brunatna, z wielkiemi jamkami, wypełnionemi masą szklistą lub też białą gęstą cieczą. W obwodzie jamek widać pasemka tkanki białej (łącznej), upstrzonej plamami pomarańczowemi, pozostałościami po wybroczynach. Sutek lewy na przekroju okazuje wyłącznie taką samą tkankę różowo-brunatną, jak sutek prawy w warstwach najgłębszych.

Badanie drobnowidowe wykazuje, że owa tkanka białawo-szara, właściwa tylko sutkowi prawemu, w jednych okolicach okazuje utkanie raka pęcherzykowatego, w innych zaś raka gruczołowego. W preparatach z warstw średnich widzimy cały szereg poprzecznie i podłużnie przeciętych przewodów i gruczołów, których ściany okazują bardzo nieznaczne, ale niewątpliwie brodawkowate bujanie w kierunku światła nowowybujałych gruczołów, względnie ich przewodów. Jednowarstwowy wałeczkowaty lub brukowy nabłonek gdzieniegdzie poczyna bujać, jądra w komórkach wydłużają się i nadzwyczaj silnie się barwią, a ostra granica między nabłonkiem a podścieliskiem zaciera się. W tej gruczołowej, bardzo dobrze ukrwionej tkance, spostrzega się tu i ówdzie jakoby wpryśnięte gniazda odmiennych nieco komórek, które w całości tworzą utkanie, charakterystyczne dla raka alweolarnego. Drobnowidowy obraz tkanki różowej z najgłębszych warstw sutka prawego, a z którejkolwiekbądź warstwy sutka lewego, odpowiada gruczolako-torbielakowi brodawkowemu (adeno-cystoma papilliferum) z bardzo słabo zaznaczonem bujaniem brodawkowem. Nabłonek wszędzie jednowarstwowy ostro odcina się od podścieliska. Naczynia krwionośne w tkance podścieliskowej bardzo obficie rozwinięte.

Dr Schusterówna protokół swój kończy następującemi uwagami: »W tym zatem przypadku mamy prawdopodobnie do czynienia z pierwotnym gruczolakiem brodawkowym, który następowo przeszedł w bujanie złośliwe rakowe. Do takiego pojmowania sprawy najbardziej upoważnia stwierdzona obecność niewielkich, jak gdyby początkowych gniazd rakowych wśród utkania gruczolakowego. Zajęcie obu sutków i wieloogniskowość zmian przemawiałyby za zarodkowem pochodzeniem gruczolaków. Gruczolaki rozwinęły się z odpowiednich zalążkowych zawiązków gruczołowych, i to w obu sutkach jednocześnie. Tu i ówdzie zauważyć się dające bujanie brodawkowe stanowi niejako przejście w utkanie rakowe«.

Z tem rozumowaniem teoretycznem, opartem na obrazach drobnowidowych, w zupełnej harmonii pozostaje obserwacya lekarska. Przez przeciąg pierwszych czterech lat krwawienia sutek prawy badało wielu lekarzy i najwidoczniej nie znajdowali żadnej podejrzanej zmiany, kiedy tak stanowczo chorą uspokajali. Był to okres, w którym gruczolak miał jeszcze w pełni charakter nowotworu łagodnego. Dopiero w ciągu ostatnich dwóch lat z nieznanych powodów zmienił swój charakter i przeszedł w bujanie rakowe.

Dziś każdy lekarz przyzna, że chora powinna była być operowana, zanim jeszcze gruczolako-torbielak brodawkowy zamienił się w raka. Wówczas wskazaniem do odjęcia sutka prawego byłoby: zagadkowe krwawienie z sutka pozornie niezmienionego, u osoby zresztą zupełnie zdrowej, a około 50 lat liczącej. Lekarz, kierujący się takiem wskazaniem i operujący chorą przynajmniej przed dwoma laty, oddałby jej rzetelną przysługę.

Taką właśnie, jak sądzę, przysługę wyświadczyłem innej chorej.

Pani Y., lat około 50 licząca, spostrzega od kilku dni wypływ krwawy z sutka lewego. Krew wypływa kroplami. Objawem tym tembardziej się trwoży, gdyż w rodzinie jej zdarzyło się już parę przypadków raka piersi.

Gdyby istniał jakowy »habitus carcinomatosus«, to typem jego mogłaby być badana: budowa »gruba« i bardzo silna, mięśnie doskonale rozwinięte, przykryte średnio grubą warstwą podściółki tłuszczowej. Cera blada. Włosy ciemne. Dużo barwika w skórze. W sutku lewym żadnych zmian wykazać nie można. Narządy wewnętrzne bez zmian. W moczu białka i cukru niema. Badanej starałem się sprawę, pozornie zagadkową, przedstawić jasno. Krwawienie przemawia za tem, że w sutku toczy się najprawdopodobniej jakaś sprawa nowotworowa, która w tej chwili nie jest rakiem, ale w przyszłości w raka przejść może. Więc zamiast czekać i niepokoić się, czy ów »ewentualny« rak ujawni się i wtedy dopiero operować, mając w najlepszym razie 50 szans na 100, że operacya rzeczywiście będzie doszczętną, lepiej operować dziś i zapobiedz owemu rakowi. Chora namyślała się bardzo krótko. Sutek wyłuszczyłem (bez otwierania pachy). Przez bardzo dokładne rozpreparowanie sklerotycznej już nieco tkanki gruczołowej udało się znaleść w jednym zrazie dwa większe (jak ziarnko grochu) i trzy mniejsze (jak ziarnko prosa) ogniska krwotoczne. Badanie mikroskopowe tych ognisk nie mogło być zupełnie dokładnie przeprowadzone. (Działo się pod koniec inwazyi rosyjskiej!). Z zachowanych jednak paru nieudałych preparatów wnosić można z wielkiem prawdopodobieństwem, że w ogniskach tych nie było jeszcze bujania złośliwego.

Ze szpitala garnizonowego Nr. 15. Komendant st. lek. sztab. Dr. Dąbrowski.

Z badań rentgenologicznych serca.

Podał

Dr. Jan Nowaczyński.

c. i k. lekarz pułkowy,

były kierownik pracowni rentgenologicznej szpitala.

Jak wiadomo, wielkość serca oznaczamy rentgenologicznie, kreśląc jego sylwetkę sposobem ortodiagraficznym na ekranie świecącym i mierząc następnie jego wymiary: poprzeczny i podłużny. Moritz i Dietlen, opierając się na rozległych badaniach, podali dla wymiarów serc prawidłowych pewne liczby średnie, które oczywiście wahają się zależnie od wieku, ciężaru ciała oraz wysokości badanych. Na tych liczbach średnich opieramy się przy oznaczaniu wielkości serca, przyczem uwzględniać oczywiście musimy wyżej podane czynniki.

Ze znajomości wielkości serca nie możemy wprawdzie rozpoznawać rodzaju ani stopnia schorzenia serca (z wyjątkiem przypadków wad serca, w których wymiary łączą się z pewnym typowym dla danej wady kształtem serca, oraz innych schorzeń organicznych serca lub naczyń, dających w obrazie rentgenologicznym charakterystyczne objawy), możemy jednak, po uwzględnieniu wszelkich czynników w grę wchodzących, w związku z wynikiem badania klinicznego wysnuwać pewne wnioski co do stanu serca oraz jego sprawności, jakoteż możemy orzekać, czy dane serce zdoła podołać wymaganiom, jakie nakłada nań wojna, zmieniająca gruntownie warunki dotychczasowego trybu życia. Taka ocena ma obecnie duże znaczenie.

Przykład: Serca dwu ludzi jednakowego wieku, ciężaru i wzrostu ciała mogą być różnej wielkości, a zależeć to będzie przedewszystkiem od warunków życiowych, w jakich znajdują się ci ludzie; naprzykład serce człowieka, oddającego się sportom lub ciężkiej pracy fizycznej, będzie znacznie większe, niż serce człowieka, prowadzącego życie siedzące. Niejednokrotnie musimy oceniać i orzekać, które z nich jest zdrowe, a które słabe, względnie, lepiej się wyrażając, które łatwiej dostosuje się do zwiększonych wymagań.

Na podstawie spostrzeżeń, które zebrałem na materyale, wynoszącym przeszło trzy tysiące badań u popisowych lub chorych, mogę stwierdzić, że liczby, podane przez Moritza dla serc prawidłowych, niezupełnie odpowiadają rzeczywistości. Spostrzega się bowiem bardzo dużo osób, u których mimo uwzględnienia wieku, ciężaru ciała oraz wysokości, wymiary serca nie dają się podporządkować pod schemat Moritza; a różnice, jakie tu się spotyka, przechylają się w kierunku serc małych. Dotyczy to tak ludzi młodych, jakoteż i starych. Widziałem bardzo wielu ludzi, którzy mają serca małe. Pominąwszy ludzi młodych, u których częstsze zazwyczaj bywają serca małe, choć u nich stwierdzałem serca mniejsze, niż według wymiarów Moritza — (wyłączam na razie t. zw. »cor pendulum«) — to u ludzi starszych, nawet 50-letnich, znajdowałem niestosunkowo małe serca, mające przytem prawidłowy kształt; np. u ludzi 45-letnich, których serce w wymiarze poprzecznym powinno mieć 13 cm, znajdowałem wymiar poprzeczny serca 11 cm lub mniej. Jakże takie serce mamy ocenić? Czy jest ono zdrowe, czy słabe? Zapewne zdrowe, gdyż nie daje u danego człowieka wśród warunków, w jakich on żyje, powodu do objawów chorobowych, lecz mimo to uznać je musimy za serce słabe, gdyż przy większych wymaganiach, jakie nań nałożą trudy wojenne, może odmówić posłuszeństwa.

Co do serca wiszącego (cor pendulum), to, jak wiemy, jest ono uważane za wyraz niedokształcenia całego ustroju, ogólnej astenii; spotyka się je przy wązkiej klatce piersiowej, niedokrwistości, niedokształceniu układu naczyniowego i t. p. Nie ulega wątpliwości, że serce wiszące nie może uchodzić za serce zdrowe u młodego, a tembardziej u starszego człowieka; a takie serce u starszych ludzi spotykałem dość często, i, co ciekawe, przeważnie u żydów. W zapatrywaniach na serce wiszące istnieją różnice zdań tak w piśmiennictwie, jak i w praktyce. Jedni lekarze uważają je za serce niedokształcone i słabe. Inni zaś lekarze twierdzą, że serce takie potrzebuje koniecznie racyonalnego i umiejętnie przeprowadzonego ćwiczenia, które je wzmacnia i podnosi jego wytrzymałość. Według tych lekarzy serca takie dostosowują się do zmienionych warunków i do większej pracy i wyrabiają się. Odnosi się to tak do ludzi młodych, jak i starszych w wieku 30—40 lat. Ci lekarze nawołują też gorliwie do oddawania się umiarkowanym sportom, oraz innym zajęciom fizycznym.

W związku z sercem wiszącem wspomnę o t. zw. »sercu kulistem« (Kugelherz). Jak ogólnie się przyjmuje, jestto serce wiszące, uległe przerostowi komór pod wpływem różnych czynników, jak n. p. w czasie wzrostu wogóle, rozwoju klatki piersiowej i płuc w szczególności. Serce tego kształtu znajdujemy też u ludzi, oddających się sportom wszelakiego rodzaju. Te serca uważałbym za prawidłowe; odróżnić je jednak należy od podobnych serc kulistych, spotykanych przy niektórych schorzeniach serca i zastawek.

Spostrzegałem też ciekawe serca małe, względnie wiszące, w których wytworzyła się zmiana kształtu albo t. zw. „mitralna" albo „aortowa". Kształty te są, jak wiadomo, właściwe dla wad zastawek, dwudzielnej i aorty. Otóż zauważyć tu muszę, że te serca, o których teraz wspominam, nie są wyrazem wytworzenia się wady zastawkowej w sercu wiszącem, pominąwszy już to, że klinicznie nie dają objawów wady, gdyż serca te są małe, a więc brak najważniejszego dla wad objawu, t. j. powiększenia komór w obrazie rentgenologicznym; serca te niczem więcej nie różnią się od serc wiszących, jak tylko innym kształtem. Takie serca zauważałem bardzo często; kształt »mitralny« częściej, niż »aortowy«; pierwszy przeważnie u ludzi młodych, drugi u starszych, lecz zawsze u ludzi o typie astenicznym. Serca te uważam, podobnie jak serca wiszące, za typy, względnie odmiany serc t. zw. prawidłowych, lecz słabych, astenicznych, o niezupełnie prawidłowym mięśniu, oraz małej jego wydatności. Te typy spotykałem dawniej czasem u kobiet; w obecnych czasach wyłaniają się te typy i u mężczyzn z pośród ogromnego materyału poborowego.

Serca asteniczne, w których rozwinęła się wada zastawkowa — gdyż i takie miałem sposobność spostrzegać — i to znów najczęściej wada zastawki dwudzielnej, przedstawiają się nieco inaczej; prócz tego, że mają w obrazie rentgenologicznym kształt właściwy dla danej wady, wymiary ogólne takich serc niewiele się zwiększają; serce takie pozostaje nadal małe w porównaniu do wymiarów serc poprzednio prawidłowo rozwiniętych, w których rozwinęła się wada zastawkowa; są jednak większe, niż czyste serca »wiszące« (cor pendulum). Na konturach tych serc zauważa się powiększenie komór sercowych, lecz nie w tym stopniu, jak to widzimy w przypadkach wad serca, prawidłowo z natury rozwiniętego. Jestto dowodem, że w sercu niedokształconem rozwija się w następstwie wady zastawkowej powiększenie (przerost) odpowiednich jego części, lecz tylko w takim stopniu, w jakim serce takie jest zdolne wogóle do przerastania. Prócz tego, co jest najważniejsze, serca te klinicznie dają objawy wady zastawkowej, które jednak niezawsze są wyraźne. O tych kombinacyach pamiętać należy przy ocenianiu zdolności badanego osobnika, by uniknąć pomyłek oraz szkodliwych następstw dla chorego. Łatwo bowiem, opierając się tylko na wymiarach, które w tych przypadkach są prawie prawidłowe (np. 12 lub 13 cm), a nie uwzględniając kształtu serca, możemy dojść do oceny mylnej.

Kilka słów w sprawie aorty i jej rozszerzeń. W ocenianiu rozszerzeń aorty opieramy się również na pewnych liczbach średnich. Szerokość prawidłowej aorty waha się w granicach od 4—6 cm, zależnie od wieku badanego. Nie będę tu omawiać rozszerzeń aorty wogóle, polegających na tle czy to kiły, czy miażdżycy, chcę tylko zwrócić uwagę na jeden szczegół, który często miałem sposobność spostrzegać wśród mego materyału, t. j. uderzający niestosunek między wielkością serca, a szerokością aorty. Przy prawidłowem sercu i prawidłowej aorcie szerokość jej powinna wynosić średnio mniej więcej $^1/_3$ szerokości serca. Tymczasem zdarzało mi się niejednokrotnie spostrzegać serce małe, tak u starszych, jak i u młodych ludzi, z niezwykle szeroką aortą, mającą połowę lub więcej nawet szerokości serca. Zapewne serce takie nie jest prawidłowe; wprawdzie szeroka aorta nie daje na razie objawów chorobowych, względnie nie zaznacza jeszcze swego wpływu na serce w tych warunkach, w jakich badany się znajduje, lecz w innych warunkach może to łatwo zmienić się na niekorzyść.

Muszę tu poruszyć jeszcze sprawę rozpoznawania przerostu serca w obrazie rentgenologicznym. Czynię to dlatego, że słyszy się często zdanie, iż sposobem rentgenologicznym nie można rozpoznać wczesnego przerostu serca. Otóż przyznać muszę, że o ile rozpoznawanie daleko posuniętych przerostów lub rozszerzeń serca w następstwie wad sercowych nie przedstawia żadnych trudności, o tyle rozpoznawanie wczesnych przerostów serca, zwłaszcza samorodnych, jest często trudne. Jestem jednak tego zdania, że i w tych przypadkach możemy niejednokrotnie rozpoznawać te stany, przyczem kierujemy się takiemi danemi, jak wielkością cienia komory, kształtem koniuszka serca, jego grubością, tętnieniem i t. p.

W końcu chcę zwrócić uwagę na jeden szczegół, tyczący się badania rentgenologicznego serca, podniesiony w ostatnich czasach przez Zebbego, t. j. na badanie stanu napięcia (tonus) mięśnia sercowego sposobem rentgenolo-

gicznym. Badanie to nie było dotychczas w rentgenologii uwzględniane.

Jak wiadomo, mięsień sercowy zmienia w warunkach patologicznych swoje napięcie; mięsień zwyrodniały ma być wiotki, w niektórych zaś znów stanach może mieć napięcie wzmożone. Te zmiany napięcia można obserwować w obrazie rentgenologicznym. W tym celu bada się w sposób następujący: Poleca się badanemu głęboko wciągnąć powietrze i w czasie tego głębokiego wdechu oznacza się wymiar podłużny serca (tj. linię, łączącą kąt przedsionkowo naczyniowy prawy z koniuszkiem serca), następnie poleca się powietrze wypuścić i w czasie wydechu oznacza się znów tensam wymiar. W przypadkach prawidłowych wymiary te leżą równolegle do siebie (serce bowiem, jak wiadomo, zmienia swe położenie w czasie faz oddechania) tak, że kąt nachylenia serca, utworzony przez oś podłużną serca i oś pionową ciała, pozostaje tak w czasie wdechu, jak i w czasie wydechu zawsze równy. Serce zatem prawidłowe podnosi się i opada w czasie oddychania, lecz nachylenia swego nie zmienia; również i kształt serca nie ulega zmianom podczas wydechu. Inaczej rzecz się przedstawia w przypadkach serc słabych i zwyrodniałych. Serce takie, które w czasie wdechu może mieć zupełnie prawidłowy kształt, zmienia w czasie wydechu swój kształt bardzo wybitnie; oś podłużna takiego serca staje się bardziej poziomą, a kąt nachylenia serca zbliża się do kąta prostego. Serce niejako rozszerza się i spłaszcza na przeponie.

W odróżnieniu od tego, serce hypertoniczne, a więc posiadające napięcie wzmożone, jakie znajdujemy n. p. przy wadach zastawek tętnicy głównej, czasem przy miażdżycy, serce, cechujące się znacznym przerostem komory lewej, koniuszkiem grubym i szerokim, ciążącym na przeponę i wtłaczającym ją niejako w głąb, to serce nie zmieni się całkiem w czasie wdechu i wydechu, nie zmieni ani swego wymiaru podłużnego, ani kąta nachylenia.

To badanie napięcia mięśnia sercowego miałem sposobność sprawdzić na moim materyale i potwierdzam jego wyniki w zupełności, a sądzę, że uwzględniając je częściej, niż to dotąd się działo, możemy w wątpliwych przypadkach opierać się na jego wyniku przy ocenie stanu mięśnia sercowego i jego sprawności.

Do zmian stanów napięcia mięśnia sercowego należy mojem zdaniem odnieść n. p. ten fakt, że czasem opukiwaniem stwierdzamy powiększenie serca, a rentgenologicznie nie znajdujemy go, a to dlatego, że oznaczaliśmy wielkość serca w czasie wydechu, kiedy serce zmieniło swój kształt.

Jak z powyższego widać, jest badanie rentgenologiczne metodą rozpoznawczą pomocniczą bardzo cenną i w wielu przypadkach nietylko ułatwia rozpoznanie, lecz nawet może je rozstrzygnąć. Toteż badanie to odgrywa dużą rolę obecnie, kiedy to więcej może, niż dawniej, zależy na wysubtelnieniu rozpoznania, od którego zawisłe są losy badanego.

Żałować tylko należy, że ogromnego materyału badanych nie można należycie opracować, głównie z powodu braku czasu na obserwacyę kliniczną; materyał ten bowiem zmienia się szybko i niknie z oczu lekarza przeważnie bezpowrotnie. Dlatego też bardzo przeważna część spostrzeżeń w sprawie stanu serca, ogłaszana obecnie, jest materyałem wprawdzie wiarygodnym i cennym, lecz przeważnie niezupełnym.

Oceny i sprawozdania.

A. Bochenek. **Anatomia człowieka.** T. II i III. Przygotował do druku Prof. Stanisław Ciechanowski. Kraków 1916.

Kiedy w sprawozdaniu z pierwszego tomu »Anatomii« ś. p. prof. A. Bochenka dawałem wyraz radości, że ukazało się w polskim języku dzieło, którego brak dawał się oddawna odczuwać, i wyraziłem życzenie, aby dzieło to, z tak wielkim nakładem pracy i kosztów wydane, przyniosło społeczeństwu jak największe korzyści, przypuszczałem, że wobec zapału Bochenka do tej zwłaszcza pracy ukażą się niebawem i dalsze tomy. Nadzieja zawiodła; przedwczesna śmierć autora przerwała tak pięknie rozpoczęte dzieło. Pojawienie się dalszych tomów zdawało się nietylko wątpliwem, lecz wprost wykluczonem.

Tem większą niespodzianką było ukazanie się drugiego, a wkrótce potem trzeciego tomu »Anatomii człowieka« w opracowaniu prof. Dra Stan. Ciechanowskiego. Pełne uznanie należy się koledze Ciechanowskiemu, że podjął się trudu z rękopisu, pozostawionego przez ś. p. Bochenka, stworzenia dalszych części, któreby z pierwszą łączyły się godnie w jednolitą całość. Obecnie mamy przed sobą tom II i III, brak jeszcze tomu, któryby objął anatomię skóry, układu nerwowego i zmysłów. Są to działy (a zwłaszcza układ nerwowy), które obrał sobie Bochenek, jako specyalne pole badań i które skłoniły go prawdopodobnie do rozpoczęcia całości »Anatomii człowieka«. Byłyby mu też one nastręczały mniej pracy, niż komukolwiek innemu, nie zajmującemu się bliżej tą dziedziną. Strata też tem dotkliwsza, że właśnie z tego działu nie pozostawił zmarły żadnych zapisków.

Wielką byłoby szkodą, gdyby dzieło, w które już drugi autor włożył tak wiele trudu, pozostało niedokończonem. Powody, które skłoniły kol. Ciechanowskiego do wykończenia tomu II i III, powinny wpłynąć na lekarzy specyalistów i zachęcić ich do uzupełnienia dzieła wspólnemi siłami. A ważne one nader, bo celem ich pomoc, dana uczącej się młodzieży, której szeregi wzrosły znacznie przez otwarcie trzeciej wszechnicy polskiej. Do obudzonej z dłuższego letargu garnie się teraz młodzież z tem większym zapałem, żądna polskiego wykładu i polskich podręczników. Dowodem wyczerpanie zupełne pierwszego tomu »Anatomii człowieka« i konieczna potrzeba powtórnego wydania.

Tom drugi zawiera anatomię narządów trawienia, oddechowych i moczowopłciowych, trzeci anatomię otrzewnej i narządów krążenia. Jak we wszystkich naszych podręcznikach, każdy nowy rozdział anatomii poprzedzony jest wstępem z embryologii, który wprowadza czytelnika lepiej w bardzo często zawiłe stosunki anatomiczne narządów, jak n. p. moczowopłciowych. Jest to naturalna i dydaktycznie najwłaściwsza droga, wiodąca od stosunków prostych do zawiłych. Dalej następują krótkie wzmianki z anatomii porównawczej danego narządu, histologia i w bardzo obszernym zakresie anatomia jego. Skutkiem tego dzieło obejmuje właściwie całokształt morfologii ciała ludzkiego i odbiega daleko od większości suchych podręczników, z których uczyliśmy się niegdyś anatomii.

Opisy poszczególnych narządów są jasne, język płynny, dzieło więc czyta się łatwo i z przyjemnością. Podczas gdy Bochenek używał mianownictwa, którem posługiwał się w wykładach, to kol. Ciechanowski trzyma się wskazówek, zawartych w »Słowniku lekarskim«. Jakkolwiek wskutek tego panuje pewna niezgodność nazw użytych w tomie I, a II i III, to jednak stanowisko kol. Ciechanowskiego jest zupełnie słuszne, bo tylko na tej drodze da się osiągnąć ujednostajnienie mianownictwa z dziedziny anatomii.

Rzecz inna, czy »Słownik«, mimo długoletnich wysiłków współpracowników, nie zawiera pewnych niedokładności i czy nie należałoby się jeszcze zająć usunięciem ich z niego, jeżeli ma się stać dobrym przewodnikiem w mianownictwie z zakresu medycyny.

Tak n. p. dla »coccyx« podaje Krysiński w swem »Słownictwie anatomicznem« nazwę »kość guzicowa«, a dla »coccygeus« »należący do kości guzicowej« i »guzicowy«, którą to nazwę w poprawniejszej formie »guziczny« przyjął także »Słownik lekarski« i użył jej kol. Ciechanowski. Nie wiem, z jakiego powodu Krysiński nazwał tę kość »guzicową« (nazwa jej obca powstała podobnie z powodu podobieństwa do dzióba kukułki — ὁ κόκκυξ i używali tej nazwy już starożytni lekarze, n. p. Rufus, żyjący za panowania cesarza Trajana); widocznie jednak nie oswoił się całkowicie z tym wyrazem, skoro na str. 228 »Słownictwa« mówi o mięśniu ogonowym (m. coccygeus). Nazwę »ogonowy« zamiast »guziczny« uważam za odpowiedniejszą, nietylko ze względu na anatomię porównawczą, lecz także topografię.

Dla oznaczenia miejsca, leżącego bliżej głowy, wolałbym unikać wyrazu »głowi«; lepszym już jest, jak sądzę, »głowowy«.

»Regio epigastrica« nazwano w »Słowniku« nadpępczem, tymczasem »reg. hypogastrica« podbrzuszem, ponieważ nazwa podpępcze jest — według »Słownika« — przestarzała. Konse-

kwentniej jednak byłoby używać odpowiednio do wyrazu »nadpępcze« — »podpępcze«, albo też, mojem zdaniem lepiej, »nadbrzusze« i »podbrzusze«, jak to uczynił Bochenek w tomie pierwszym, dzieląc okolicę brzuszną na: nad-, śród- i podbrzusze. W tomie III znajdujemy naczynie »A. epigastrica sup.« nazwane »tętnicą nabrzuszną górną« czyli »nadpępkową«, a »A. epig. infer.« »nabrzuszną dolną«, dalej zaś »A. hypogastrica« — »tętnicą podbrzuszną«. Z nazw tych tętnic widać, że niekonieczną jest nazwa »nadpępcze«, skoro dla określenia tętnic tej okolicy użyto nazwy tętnicy »nabrzusznej«. Nazwa »tętnica pępkowa« istnieje zresztą dla określenia naczynia, z powyższemi nie mającego nic wspólnego.

Czytamy dalej o śliniance podszczękowej, podjęzykowej, dlaczegoż więc wprowadzać na oznaczenie ślinianki przyusznej wyraz »przyusznica«. Nie jest on ani ładniej brzmiącym, ani nie określa lepiej narządu, przeciwnie wymaga sam bliższego wyjaśnienia. Należałoby go więc poniechać i zostawić nazwę »ślinianki przyusznej«, która to zresztą nazwa znajduje się w »Słowniku« jako tłómaczenie wyrazu »parotis« na pierwszem miejscu.

Przy opisie budowy trzustki znajdujemy także wzmiankę o komórkach wstawkowych, które przechodzą miejscami do właściwych odcinków wydzielniczych. Są one nazwane »komórkami przynabłonkowemi«. Odkrywca ich Langerhans nazwał je »centroacinäre Zellen«; dosłownie tłómacząc, nazwaćby je należało komórkami śródgronowemi, co nawet lepiej odpowiada ich położeniu w gruczole. Nazwy nabłonek i przybłonek są zresztą oznaczeniami równorzędnemi, ponieważ nazwa »przybłonek« utrzymuje się jeszcze ciągle w naszem piśmiennictwie obok nazwy »nabłonek«.

Bardzo niemiłe są także wyrazy »więzozrost« (syndesmosis) i »chrząstkozrost« (synchondrosis), użyte zresztą i w tomie pierwszym. »Słownik« zaleca na pierwszem miejscu »spojenie więziste« i »chrząstkowe«, jak sądzę lepsze określenia, niż obce językowi polskiemu wyrazy złożone.

Tkanka adenoidalna oznacza wprawdzie dosłownie tkankę gruczołowatą, dla uniknięcia jednak pomyłek u uczących się, radziłbym wszędzie pozostawić obcego pochodzenia nazwę »adenoidalna«.

Należałoby też może zmienić w »Słowniku« nazwę »gruczołów chłonnych« lub »limfatycznych«, ponieważ twory te nie mają ani budowy gruczołów, ani nie rozwijają się z ektodermy lub entodermy, ani też nie są czynne jako gruczoły. Niemcy już od roku 1874 wprowadzili w miejsce nazwy »gruczołów limfatycznych« nazwę »węzłów« (Lymphknoten), która to nazwa przyjęła się na ogół w literaturze niemieckiej; pozostała tylko nazwa łacińska »lymphoglandulae«, zalecona przez komisyę bazylejską.

»Venae cardinales« dosłownie tłómacząc są w istocie żyłami »zasadniczemi«; znane są one jednak we wszystkich językach pod ich łacińską nazwą żył »kardynalnych«. Tak też oznaczono je i w pierwszym tomie »Anatomii człowieka«.

W następnych wydaniach podręcznika należałoby zastanowić się nad tem, czy potrzebne jest podawanie na końcu rozdziałów spisu prac z odnośnej dziedziny badań, jaki zestawił Bochenek. Sądzę, że skoro chodzi o sporne zapatrywania, powinno się w tekscie cytować autorów poglądów różnych, jak to też zresztą uczyniono w podręczniku; ale przytaczanie kilku prac, odnoszących się do pewnego rozdziału, na końcu tegoż rozdziału, wydaje mi się zbytecznem, zwłaszcza jeżeli nie jest to przeprowadzone równomiernie. I tak n. p. podane jest na str. 15 piśmiennictwo, odnoszące się do kubków smakowych, a w innych miejscach, n. p. przy trzustce, przy narządach moczowopłciowych, nadnerczach i t. d. nie jest wcale przytoczone. Jeżeli wskazówki z literatury mają mieć pewną wartość, to powinny być podane prace, w których czytelnik, pragnący dokładniej zapoznać się z danem zagadnieniem, znajdzie zestawioną przynajmniej literaturę i należałoby spis takich prac umieszczać przy końcu każdego rozdziału. Ponieważ jednak jest to zadanie nie łatwe, sądzę więc, że możnaby bez uszczerbku dla dobra podręcznika opuścić całkowicie spisy literatury, podane pierwotnie przez Bochenka.

Ważną sprawą jest objaśnienie znaczenia wyrazów z obcego języka. Jest to rzecz bardzo pożyteczna i poświęciłbym jej nawet więcej uwagi ze względów dydaktycznych, niż ma to miejsce w podręczniku. Trzeba sobie wyobrazić, że uczniowie, którzy po raz pierwszy uczą się anatomii, muszą zapamiętać sobie mnóstwo nazw, dla nich zupełnie nowych. Jest to znaczne obarczenie pamięci, podczas gdy objaśnienie źródłowe w bardzo wielu przypadkach zapamiętanie nazwy i jej znaczenia ułatwia. Tylko niewielka stosunkowo liczba nazw, pochodzenia arabskiego, również źródłowo wyjaśnionych, pozostałaby do mechanicznego wyuczenia.

Należałoby też w następnych wydaniach przeprowadzić drobne zmiany w treści podręcznika.

Na str. 30 T. II wiersz 1 od góry należałoby opuścić zdanie, rozpoczynające się od »podobnie jak łuski...« aż do »zwierząt kręgowych«, gdyż uczący się może na podstawie tego zdania dojść do przekonania, że skóra niższych ryb najeżona jest zębami. W rzeczywistości jest ona jednak tylko szorstka, bo ząbki są u żarłaczy bardzo małe, u innych wprawdzie większe, lecz dachówkowato ułożone. Zresztą łuski ryb wyższych, a pióra i włosy są tworami, morfologicznie zasadniczo różniącymi się.

Opuściłbym również cały ustęp o uzębieniu jedno-, dwu- i wieloszeregowem (od słów: »Ze względów... polyfyodontycznego«), ponieważ objaśnienie jest zanadto krótkie, aby uczący się miał z niego jaką korzyść, a nadto znajduje się o tem wzmianka w końcowym ustępie na str. 51 T. II.

Wzory uzębienia (str. 31 T. II) powinny być podane przejrzyściej.

Przy opisie ogólnej budowy ślinianek na str. 74 T. II (ustęp końcowy) nie jest jasnem objaśnienie; niepotrzebny jest mianowicie wyraz: »dwurzędowy«.

Na str. 172 T. II zaszła jakaś omyłka, gdy mowa o chrząstce przylemieszowej, która leży: »u podstawy chrząstki przegrody poza otworem kłowym«. »Foramen incisivum«, o którem tutaj mowa, nazywa się otworem przysiecznym, a chrząstka przylemieszowa leży u podstawy przegrody chrząstkowej nosa, przed otworem przysiecznym.

Przy opisie budowy naczyń krwionośnych powinno być wspomniane, że w nowszych czasach rozróżnia się warstwę śródbłonka i warstwę uzupełniającą (membrana accessoria), która dzieli się na błonę wewnętrzną, środkową lub mięśniową i zewnętrzną. Podział taki jest słuszny, albowiem uwzględnia warstwę śródbłonkową, jako najistotniejszą, podczas gdy wszystkie inne warstwy są zmienne.

Z nielicznych błędów drukarskich zaznaczam następujące: na str. 22 T. II (wiersz 3 od góry) zamiast »stanową« ma być »stanowią«; w rys. 49 T. II brak jednego objaśnienia, mianowicie »tuba auditiva«: w objaśnieniu rys. 72 T. II na str. 90 zamiast »Cr. aterale diaphragmatis« ma być »Cr. laterale d.«; na str. 284 T. II zamiast »Sertollego« ma być »Sertoliego«; na str. 332 T. II zamiast »Mahl« ma być »Mall«; na str. 277 T. III zamiast »Fovara« ma być »Favara«; na str. 286 T. III zamiast »Worthin« ma być »Warthin«; na rys. 21 str. 23 T. III zamiast »Ligamen. vesicoumbiltcale« ma być »L. vesicoumbilicale«.

Na str. 56 T. III, gdzie mowa o barwiku krwi, zamiast zwierząt »kręgowych« ma być »bezkręgowych« i taksamo w zdaniu następnem.

Dzieło bogate jest w piękne rysunki; tom II zawiera ich 386, a III 158. Tylko ryciny rozwoju zębów, wykonane według modeli Rösego, nie dają należytego pojęcia o tych stosunkach; mogłyby być przeto opuszczone. Na rys. 4 str. 5 T. III zapewne wskutek pomyłki drukarskiej niema krezki brzusznej, na którą wskazuje objaśnienie. Rys. 39 krwi na str. 56 T. III wypadł niedobrze, cieniowanie w środku krwinek powinno być delikatniejsze. Rys. 135 na str. 258 T. III powinien być odwrócony.

Nieliczne te usterki dadzą się w następnem wydaniu łatwo usunąć i nie obniżają wartości obecnego wydania. Podobne braki możnaby wyszukać w każdem większem dziele, a cóż dopiero w tem, które wydano wśród tak trudnych warunków. Mimo tego staje ono, jako całość ocenione, na równi z nowszymi podręcznikami niemieckimi, a w niektórych punktach nawet je przewyższa. Tak n. p. opisane są fałdy i zachyłki w sąsiedztwie kiszki ślepej i kształty odbytnicy o wiele dokładniej, niż w innych podręcznikach. Jeszcze szczegółowiej traktowany jest opis otrzewnej; rozdziały, które dla chirurga mają doniosłe znaczenie. Również układ przedsionkowo-komorowy serca został uwzględniony w wyższym stopniu, niż zwykle. Uważam to za bardzo korzystne, bo odróżnia podręcznik dodatnio od innych i nadaje mu piętno oryginalności.

Trud, który poniósł kol. Ciechanowski około wydania podręcznika, zrównoważy mu zadowolenie, że wykończył dzieło niezmiernie pożyteczne, które u Kolegów i młodzieży przysporzy mu uznania i wdzięczności. H. Hoyer.

Dr Feliks Malinowski. **Choroby weneryczne.** Tom II. Wrzód weneryczny, zgorzelinowy, zwyczajny. Zapalenie żołędzi. Lepieże stożkowate. Rzeżączka. — Dodatek do tomu I. Warszawa 1916. Wydano przy współudziale Kasy im. Mianowskiego.

Rzadko zjawia się w naszem piśmiennictwie lekarskiem książka, jak wymieniona, bo nie obfitujemy w podręczniki w żadnej dziedzinie nauk lekarskich. Dr Malinowski, znany jako autor podręcznika o kile, wydanego przed kilku laty, i jako redaktor »Przeglądu chorób skórnych i wenerycz.«, zestawił w jasny i przejrzysty podręcznik patologię i leczenie rzeżączki, wrzodu wenerycznego i zapaleń żołędzi. Na szczególniejszą uwagę zasługuje opracowanie bakteryologii tych chorób i chorób klinicznie im pokrewnych, podanie potrzebnych szczegółów z anatomii patologicznej, wreszcie zestawienie sposobów badania i leczenia z uwzględnieniem leczenia nowoczesnego (szczepionkami). Obok własnego doświadczenia klinicznego i pracownianego uwzględnia autor we wszystkich działach piśmiennictwo, a w szczególności ojczyste, co poczytać należy za wielką zasługę. Układ całego dzieła jest obok jasności dla czytelnika dogodny, a wszystkie ważniejsze kwestye objaśniają rysunki w tekscie (40) i kilka tablic z dobrze dobranymi barwnymi obrazami.

W dołączonym dodatku omawia i objaśnia autor dotychczasowymi wynikami różnych autorów dwie sprawy, należące do pierwszego, dawniej wydanego tomu podręcznika, mianowicie: znaczenie odczynu Wassermana i chemoterapię kiły. Dodatni odczyn Wassermanna jest dla autora wskaźnikiem, że, czy z początku choroby, czy w okresie późniejszym, utajonym, powinno się stosować leczenie przeciwkiłowe. »Wynik ujemny stale otrzymywany wskazuje na zaprzestanie leczenia«. W drugiej części, obok omawiania wyników działania salwarsanu i pokrewnych przetworów francuskich (hektyna), porównywa je autor z neosalwarsanem.

Przy czytaniu dzieła nasuwają się pewne uwagi. Używanie obcych wyrazów zamiast swojskich (n. p. stale »szprycowanie« zamiast wstrzykiwanie) razi w niektórych miejscach czytelnika, zwłaszcza wobec rozwoju polskiego słownictwa nauk lekarskich. Powtóre należałoby, mojem zdaniem, podawać, oprócz nazwisk autorów, źródła piśmiennictwa, jakoteż daty, czy na końcu odpowiednich ustępów, czy jako odnośniki. Wreszcie byłby pożądany szczegółowy spis rzeczy, jakoteż spis autorów, co dziś weszło już słusznie wszędzie w użycie i wcale nie jest bez znaczenia dla dzieł tego rodzaju. Te małe usterki nie obniżają wartości omawianej książki, która przyniesie wielki pożytek kształcącej się w naukach lekarskich młodzieży i tym lekarzom praktycznym (nie-specyalistom), którzy dziś coraz więcej z chorobami wenerycznemi stykać się muszą. Trud autora, który włożył w opracowanie podręcznika dużo pracy, opłaci się sowicie tem przeświadczeniem, że książka jego znajdzie się w wielu rękach.

Na uznanie zasługuje Kasa pomocy naukowej im. J. Mianowskiego, która umożliwiła autorowi wydanie dzieła, odznaczającego się — obok zalet wewnętrznych — i piękną szatą zewnętrzną.

F. Krzyształowicz.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 13. XII. 1916 posiedzenie, na którem prof. Wachholz przedstawił szereg przyczynków do kazuistyki sądowolekarskiej, a prof. Latkowski chorego ze swego oddziału. W dyskusyach przemawiali kol. Ciechanowski, Radliński, Wachholz. Na temże posiedzeniu dokonano wyborów Zarządu Towarzystwa. Prezesem został wybrany prof. Dr Ciechanowski, wiceprezesem Dr Otokar Lang, dyrektor szpitala św. Ludwika, sekretarką doroczną Dr Wyżykowska-Michejdzina. Skarbnikiem wybrano ponownie na trzy lata Dr Akermana, gospodarzem domu ponownie na trzy lata doc. Dr Seńkowskiego. (Sekretarz stały, bibliotekarz, oraz redaktor »Przeglądu lekarskiego« i podskarbi komisyi redakcyjnej pozostają na swych urzędach do końca trzechletnich kadencyi). Stałym przewodniczącym komisyi słownikowej pozostaje prof. Browicz. Do komisyi rewizyjnej wybrani zostali ponownie radca Dr T. Piotrowski i prym. Dr Wachtel, do komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« ponownie Dr Blassberg, prof. Browicz, prof. Krzyształowicz, prof. Majewski, prof. Rutkowski, delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich ponownie prof. Browicz i prof. Ciechanowski, delegatem do komisyi rewizyjnej tegoż Towarzystwa ponownie prezydent Izby lek., Dr Schöngut; grono delegatów na Walne Zgromadzenie tegoż Towarzystwa, uszczuplone przez śmierć, uzupełniono wyborem dyr. Dr Langa na delegata, a prof. Majewskiego i Dr Służewskiego na zastępców.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskali pp.: Henryk Onichimowski, rodem z Winin na Litwie, Jan Szewczykowski z Janowa w Lubelskiem.

— Jak donoszą dzienniki, 16. XII. 1916 odbyła się w szpitalu św. Łazarza w Krakowie konferencya, zwołana przez galicyjski Wydział krajowy, w sprawie ujednostajnienia walki z gruźlicą w naszym kraju. W konferencyi wzięli udział: z ramienia Namiestnictwa protomedyk radca Dr Lachowicz i inspektor sanitarny Dr Kuhn, z ramienia Wydziału krajowego szef departamentu sanitarnego Dr Bernadzikowski, inspektor krajowych szpitali Dr Lipski, oraz wicesekretarz Wydziału krajowego Ostrowski-Bełza, krakowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą prof. Dr Kostanecki, oraz fizyk miejski doc. Dr Janiszewski, lwowskiego Koła prof. Dr Wiczkowski, Tow. kraj. Czerwonego Krzyża Kazimierz ks. Czartoryski i prymaryusz Dr Ziembicki, krajowej Komisyi opieki nad inwalidami radcy dw. Brückner i Szlachtowski, wreszcie z ramienia szpitala krakowskiego dyrektor Dr Mazurkiewicz. Uchwalono dla kierowania całą akcyą powołać do życia Krajową Komisyę dla zwalczania gruźlicy. W skład tej komisyi wejdzie po dwóch przedstawicieli departamentu sanitarnego Namiestnictwa i Wydziału krajowego, Tow. kraj. Czerwonego Krzyża, Kraj. Komisyi opieki nad inwalidami, wreszcie lwowskiego i krakowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą, a po jednym przedstawicielu Wydziału lekarskiego w uniwersytecie lwowskim i krakowskim. Na razie siedzibą tej komisyi bę-

dzie Kraków, a przewodnictwo obejmie reprezentant Wydziału krajowego. W Krakowie też założono biuro dla załatwiania spraw pilnych i dla wykonywania powziętych uchwał. W skład tego biura wchodzą: dyrektor doc. Dr Mazurkiewicz, doc. Dr Janiszewski i Dr Wiczkowski ze Lwowa. Zadaniem komisyi będzie wyjednywanie funduszów u władz centralnych, oraz zarządzanie nimi, popieranie i budowa szpitali i sanatoryów dla gruźliczych, nadzorowanie akcyi przeciwgruźliczej w całym kraju i t. d. Organami wykonawczymi będą Koła krajowego Towarzystwa walki z gruźlicą. Konferencya wyraziła zapatrywanie, że przy budowie szpitali dla inwalidów gruźliczych w Galicyi nie można pominąć budowy takiego szpitala w Krakowie. Wydział krajowy zaprojektował urządzenie pawilonów dla chorych na gruźlicę przy następujących szpitalach krajowych: Lwów: dwa budynki po 50 łóżek, Nowy Targ: jeden budynek na 50 łóżek, Gorlice: jeden budynek na 50 łóżek, Jarosław: jeden budynek na 50 łóżek, Tarnobrzeg: jeden budynek na 50 łóżek, Wadowice: jeden budynek na 22 łóżka, Żywiec: jeden budynek na 22 łóżka. Żądany kredyt na budowę powyższych objektów wynosi 2 miliony koron. Na razie budynki te będą przeznaczone dla inwalidów gruźliczych. Budowa ich rozpocznie się po przyznaniu potrzebnego kredytu przez rząd. Krajowa Komisya opieki nad inwalidami w Krakowie otwiera w styczniu 1917 na Prądniku Czerwonym, w miejskich zakładach sanitarnych, sanatoryum na 100 łóżek dla chorych na gruźlicę inwalidów.

Lwów. Do prof. Jurasza, zaproszonego przez Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego do objęcia katedry laryngologii, udała się, jak donoszą dzienniki lwowskie, deputacya Uniwersytetu lwowskiego, złożona z rektora i dziekanów, z prośbą, by pozostał na katedrze we Lwowie, a prof. Jurasz do tego się przychylił.

Warszawa. Sekcya higieny szkolnej miasta Warszawy opiekuje się nietylko wszystkiemi szkołami, ale także ochronami; w ten sposób zajmuje się 900 oddziałami po 50 (średnio) dzieci. Liczba lekarzy szkolnych wzrosła do 39. Podkomisya kąpielowa Sekcyi szkolnej przeprowadziła we wrześniu i październiku 44.698 kąpieli (część dzieci kąpała się dwukrotnie, część zaś trzykrotnie) w 8 kąpielach centralnych i 4 własnych szkolnych.

— Urząd zdrowia wraz z komisyą mieszkaniową Zarządu miasta opracował szczegółowy projekt inspekcyi mieszkaniowej na wzor instytucyi, działających na zachodzie.

— Sekcya chirurgiczna uchwaliła wybrać komisyę dla opracowania dokładnej polskiej terminologii narzędzi chirurgicznych. Do komisyi weszli kol. Kryński, Leśniowski, Wł. i Cz. Stankiewicz, Zweigbaum, Wertheim, oraz Sawicki, jako przewodniczący.

— Liczba słuchaczy medycyny w Warszawie doszła 800, w tem 55 kobiet.

Z różnych stron. W ciągu obecnej wojny zginęło w armiach niemieckich 395 lekarzy na polu walki, zmarło z chorób 214, rannych ciężko było 221, lekko 677, dostało się do niewoli 200, zaginęło 110. (Berl. Aerzte-Korr.).

Redakcya otrzymała: Serkowski: Przyrost naturalny ludności jako zagadnienie higieny socyalnej. Warszawa 1917. (Wydawnictwo Warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy polskich). — Dr M. Biehlerowa: Podręcznik higieny. Warszawa 1916. (Gebethner i Wolff). — Kraszewski: Kalk und Magnesia in der Nahrung der Arbeiterklassen in Warschau. (Archiv f. Hygiene 1916). — Zawałkiewicz: Chemia farmaceutyczna, podręcznik dla farmaceutów i lekarzy. Lwów 1915. Stron 420, z 58 rycinami i 10 tablicami w tekscie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium 1916. (J. F. Lehmann). Zeszyt za grudzień. Cena 2·50 Mk.

Ostatni zeszyt zeszłoroczny zawiera prace z zakresu chirurgii i ortopedyi, jakoto prof. Schloffera: »O leczeniu przetok po postrzałach kończyn«, prof. Zellera: »Powikłania postrzałów płuc i ich leczenie chirurgiczne«, prof. Biesalskiego: »Budowa protez od początku wojny«.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w grudniu 1916 (ciąg dalszy).

Gazeta lek. Nr 24—26 (50—52) 1916: Puławski: Rokowanie w chorobie Basedowa i jej leczenie chirurgiczne (24—25).— Sławiński: Zużytkowanie do przelewania krwi z krwotoków jamy brzusznej i piersiowej (24). — Bączkiewicz (dok. 25).— Szokalski: Żółtaczka hemolityczna w świetle badań ostatnich (25—26). — Grzywo-Dąbrowski: Spostrzeżenia z dziedziny anatomii patologicznej duru osutkowego (26).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 50—52, 1916: Majewska: Przyczynek do bakteryoterapii dożylnej duru brzusznego (50—51). — A. i S. Sterling: O tak zw. chorobie puchlinowej (dok. 50). — Bregman: Szpitale a szkoła pielęgniarstwa (50).— Jaworski: Zmiany w narządach płciowych kobiecych i zaburzenia w sferze płciowej kobiet, jako następstwa niedostatecznego odżywiania (51—52).

Zdrowie Zesz. 12: Hewelke: W sprawie regestracyi suchotników. — Dobrzyński: Kilka ważnych zadań w związku z reformą mieszkaniową. — Zapasiewicz: W sprawie szczepień przeciwcholerycznych.

Kronika dentystyczna Nr 12: Krakowski: Rys ogólny sprawy miejscowego znieczulania przy wyjmowaniu zębów.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.